

STATEMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND EMPLOYMENT

건강, 교육 및 직장 진술서

A. 고객에 관한 사항				
고객의 이름	고객의 전화번호	고객의 신분번호		
성별 <input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자	생년월일	사회보장 번호		
다음과 같은 것을 신청하였거나 받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 노동산업부의 산재보험(L&I's Worker's Compensation) <input type="checkbox"/> 사회보장 장애금 또는 에쓰에쓰아이(Social Security Disability/SSI) <input type="checkbox"/> 실직수당(Unemployment Compensation) <input type="checkbox"/> 재향군인 혜택(Veteran's Benefits)				
B. 건강에 관한 사항				
1. 귀하는 건강문제 때문에 일 할 수 없습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 "예"이면, 다음과 같은 것을 제공하십시오: a. 귀하의 건강문제에 대해서 설명하십시오: b. 그 건강문제가 지금 왜 귀하를 일 할 수 없게 하는지 설명하십시오: 2. 과거에도 똑같은 건강문제로 직장을 한번(또는 한번이상)잃은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 예이면, 잃은 직장에 대해서 설명하십시오:				
C. 치료에 관한 사항				
치료 받은 증상	치료 받은 의사나 병원	마지막 치료 받은 날짜		
D. 교육 및 기술훈련				
1. 귀하의 모국어는 무엇입니까? _____ 2. 최고 학력은 무엇입니까?(6학년-고등학교): _____ 3. 고등학교를 졸업했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 자이디(GED)를 받았습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 4. 특수교육을 받았습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 5. 대학, 비즈니스 학교, 실습 또는 기술교육을 비롯한 교육이나 기술훈련:				
교육이나 기술훈련 종류	교육기간	수료 했습니까?		면허증 또는 학위 여부 및 언제 받았습니까?
		예	아니오	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E. 직장 경력				
1. 귀하가 보통 종사한 직업은 어떤 직업이었습니까? _____				

C. 직장 경력 (계속)

2. 최근의 직업부터 시작해서 마지막 3가지 직업을 기입 하십시오(해당될 경우는 B. 2번에 기입한 직업도 포함하십시오):

직무	주당 근무시간수	월 및 연도		왜 직장을 그만두었습니까?
		시작	끝	

3. 지난 5년 동안 그외 어떤 종류의 직업에 종사했습니까?

4. 어떤 종류의 기술을 가지고 있습니까? 재봉질, 목각기술, 자동차 정비 등 취미도 포함하십시오.

5. 다시 취직을 하기 위해서는 어떤 도움이나 서비스가 필요합니까?

이 서류를 다른 사람이 번역해 주었거나 작성해 주었을 경우는 그 사람의 이름과 귀하와의 인척 관계를 기입하십시오

나는 내가 위증죄 학 고육, 직장 및 건강 진술서에 기입한 사항은 내가 아는 한 사실을 정확히 기입한 것임을 선언합니다. 나는 보건사회부(Department of Social and Health Services)가 내 진술서의 내용을 확인하기 위해서 증명서를 제출하도록 요구할 수 있다는 것을 압니다.

고객의 서명

날짜

E. 사무용란 / OFFICE USE ONLY

1. Physical/mental health observations, including significant features or characteristics:

2. Barriers to employment or other job services, details of special education history:

3. Substance abuse history:

4. Use of other service agencies; e.g., Division of Vocational Rehabilitation, Employment Security:

5. Use of support services, e.g., housing, food bank, transportation, family or friends, churches:

WORKER'S NAME

INTERVIEW DATE